

別記様式

保健所コード

保健所登録全数報告ID

衛研受付番号(検体提供者番号)

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症検査票（病原体）

|                                                                                                               |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 患者                                                                                                            | 性 別                                                        | ( 男 ・ 女 )                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                               | 年 齢                                                        | ( 歳 カ月 )                                                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                               | 氏 名                                                        |                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                               | 住 所                                                        |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| [主治医等記載欄]                                                                                                     |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 医療機関等名及び主治医等医師名(記載者)                                                                                          |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 検 体 送 付 日                                                                                                     |                                                            | 年 月 日 分離株(無、有、検査中)                                                                                                                                                                                                 |  |
| 診 断 名                                                                                                         |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 発 病 日                                                                                                         |                                                            | 年 月 日                                                                                                                                                                                                              |  |
| 入院・外来の別                                                                                                       |                                                            | 入院 外来                                                                                                                                                                                                              |  |
| 検 査 材 料                                                                                                       | 採 取 日                                                      | 年 月 日                                                                                                                                                                                                              |  |
| 材 料                                                                                                           | 材 料 の 種 類<br>[該当するものを一つを<br>○で囲んで下さい]                      | ・ふん便(腸内容物、直腸ぬぐい液) ・髄液 ・尿<br>・吐物 ・喀痰 ・気管吸引液 ・穿刺液(腹水、胸水、関節液、その他[ ])<br>・咽頭ぬぐい液(うがい液、鼻汁) ・皮膚病巣(水疱内容、痂皮、創傷)<br>・結膜ぬぐい液(結膜擦過物、眼脂) ・陰部尿道頸管擦過物／分泌物<br>・細胞診、生検、剖検材料(臓器 )<br>・血液(全血、血清、血漿、抗凝固剤[ ])<br>・その他 ( )              |  |
| 臨 床 徴 候 等                                                                                                     | 臨 床 症 状・<br>徴 候 等<br>[該当するものを全てを<br>○で囲んで下さい]<br>(基礎疾患を除く) | ・無症状<br>・頭痛 ・発熱(最高 ℃)<br>・熱性けいれん ・関節痛(関節炎)、筋肉痛<br>・口内炎 ・上気道炎(咽頭炎/痛、扁桃炎)<br>・下気道炎(肺炎、気管支炎)<br>・水疱 ・発疹(丘疹、紅斑、バラ疹)<br>・出血傾向※全身性のもの<br>・リンパ節腫脹(部位 )、唾液腺腫脹、浮腫(部位 )<br>・ショック症状(低血圧、循環不全)<br>・その他の症状(上記以外の症状や臨床徴候)<br>[ ] |  |
| 事 項                                                                                                           | 基 礎 疾 患                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 転 帰                                                                                                           | 経過観察中、軽快、治癒、後遺症有り、死亡(原因 )                                  |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 主治医等から地方衛生研究所への連絡事項                                                                                           |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| *インフルエンザ迅速キット使用(無、有:メーカー名[ ]:[陰性、陽性、保留])<br>*抗インフルエンザ薬投与(無、有:薬剤名[ ]<br>投与開始日 年 月 日[予防投与、治療投与])<br>投与終了日 年 月 日 |                                                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |

[保健所等記載欄](主治医記載可)

|           |                                                                                                                                                      |               |  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| 発 生 の 状 況 | ・散発 ・地域流行 ・家族内発生 ( 無、有 )<br>・集団発生 ( 無、有 ) ・発生市区町村( )<br>有の場合(保育所、幼稚園、小学校、中学校、高校、大学、宿舍・寮、病院、老人ホーム[介護施設を含む]、福祉・養護施設、旅館・ホテル、飲食店、事業所、海外ツアー、国内ツアー、その他[ ]) |               |  |
|           | 最近の海外渡航歴                                                                                                                                             | 国名            |  |
|           | 期間                                                                                                                                                   | 年 月 日 ～ 年 月 日 |  |
| ワクチン接種歴   | (無、有、不明) 最終接種年月日 年 月 日                                                                                                                               |               |  |
|           | ワクチン名 (Lot No. )                                                                                                                                     |               |  |

[地方衛生研究所記載欄]

|                                                             |                                    |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記 載 者 名                                                     |                                    |                                                                                                                                                                                     |
| 抗体検出 方法 (蛍光、IP、ELISA、CF、HI、PA、中和、イムノプロット、ゲル内沈降、凝集反応、その他[ ]) |                                    |                                                                                                                                                                                     |
| 結果 ( )                                                      |                                    |                                                                                                                                                                                     |
| 病 原 体 検 出                                                   | 検 出 年 月 日                          | 年 月 日                                                                                                                                                                               |
|                                                             | 検 出 方 法<br>[陽性となった方法を<br>○で囲んで下さい] | ・分離培養(培養細胞:細胞名[ ]<br>人工培地、発育鶏卵、動物、その他[ ])<br>・抗原検出(蛍光、EIA、RPHA、LA、PA、IC[イムノクロマト]、その他[ ])<br>・遺伝子検出 1.非増幅(ハイブリ、PAGE、その他[ ])<br>2.増幅(PCR、リアルタイムハイブリ、PCR+シーケンス、LAMP、その他[ ])<br>・電顕 ・鏡検 |
| 検 出 病 原 体<br>(群、型、亜型)                                       |                                    |                                                                                                                                                                                     |

[その他特記事項]

|  |
|--|
|  |
|--|

注1) 患者の氏名及び住所欄については、感染症法第16条の3、第26条の3、第26条の4、第44条の7及び第50条に基づく一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症に係る検査の場合に記載をお願いします。

注2) 主治医記載欄については、検体送付日において記載できる範囲で記載をお願いします。

注3) ワクチン接種歴については、当該疾患に係るものにつき記載して下さい。

注4) 医療機関(民間検査所を含む)で病原体を分離した場合は、地方衛生研究所への分離株の送付をお願いします。

注5) 全自動遺伝子解析装置等を設置しており、同装置にて検査を行った場合は、得られた結果を[主治医等から地方衛生研究所への連絡事項]に記載をお願いします。